

W zgodzie ze sobą, w zgodzie z naturą



praca: Albiny Róg

Posyłam Wam uśmiech

Posyłam Wam uśmiech radosny:
Uśmiech Ziemi, wczesnej wiosny
Wszystkich kwiatów, kwitnący,
Soczystą zielenią pachnący.
Posyłam Wam uśmiech lata:
Niech tęczą kolorów Was splata
Na całe lata, na wszystkie dni,
Niech uśmiech lata Wam się śni.
Posyłam Wam uśmiech jesieni:
Niech złotem przetkany się mieni
I błyszczący w te słotne noce
Dla Was niech zawsze migoce.
Uśmiech zimy też Wam daję:
Niech przeleci ciepłe kraje,
Płatki kwiatów mu pomogą
Zostać latem w zimę srogą.
Daję Wam uśmiech Wszechświata:
Niech wszystkie smutki zmiata.
Z miłością ten uśmiech Wam daję
Na dróg rozstaje niech będzie rajem.

Halina Karkowska

Po drugim wydaniu „Amoena Life” otrzymaliśmy – ku naszej wielkiej radości – wiele listów. Wszystkie interesujące, pełne ciepła, godne zacytowania, podzielenia się zawartymi w nich radami, doświadczeniami. Wszystkie zostały dokładnie przeczytane, a przesłane w nich propozycje, uwagi, refleksje przez nas odnotowane. Niestety, nie jesteśmy w stanie na łamach naszego pisma, odnieść się do każdego listu, przytoczyć go choćby fragmentarycznie, ale chcielibyśmy zaprezentować kilka z nich. Te, które szczególnie dobrze oddają charakterystyczny dla całej nadesłanej korespondencji ton radosnej akceptacji rzeczywistości i powtarzający się motyw zmiany perspektywy widzenia świata po chorobie: nie przywiązywanie wagi do spraw materialnych i czerpanie siły z kontaktów z ludźmi, z otaczającej nas przyrody, zauważanie w ludziach tego, co dobre a w naturze tego, co piękne. Dlatego na nasze motto wybraliśmy wiersz Amazonki Haliny Karkowskiej Posyłam Wam uśmiech. Znakomicie z nim współbrzmi list Albiny Róg autorki obrazków za szkłem, wykonywanych oryginalną, opracowaną samodzielnie techniką. Pisze w nim o tym, jak powstawały jej pierwsze prace i jakie były źródła ich inspiracji:

Kompozycje te układałam już od dwóch lat, zachwycona i zainspirowana pięknem przyrody, szczególnie świata roślinnego. (...) O tym, że jestem chora na raka, że muszę usunąć pierś, dowiedziałam się jesienią 1998 roku. Tego dnia, kiedy lekarze postawili diagnozę trochę sobie popłakałam, ale nie załamalam się. Weszłam do sklepu ogrodniczego i kupiłam cebulki żonkili, narcyzów i krokusów. Posadziłam je w moim odgródku z nadzieją, że przez zimę pomyślnie przejdę leczenie, operację i na wiosnę te kwiaty ucieszą moje oczy. I tak było, przeszłam chemioterapię, operację, znów chemioterapię i w kwietniu zakwitły moje kwiaty. Od 2001 roku zbieram i suszę kwiaty, trawy, liście i robię różne kompozycje nazywane przeze mnie pejzażami, które zatrzymują zmienne piękno pór roku.

Szczególnie zachwyca mnie jesień, kwitną jeszcze kwiaty, ale liście na drzewach zmieniają kolor. Nie są już jednolicie zielone, ale olśniewają odcieniami kolorów: żółci, brązu, czerwieni i złota. Nie trwa to jednak długo, listopad odziera drzewa z liści – wiatr, deszcz niszczą je i ginie ulotne piękno jesieni. Pragnęłam to zatrzymać, zbierałam liście suszyłam je w odpowiedni sposób, by utrwalić kolor i nasunęło mi to porównanie z życiem człowieka. W latach młodości każdy jest zielony, świeży, rozkwita jak kwiat na drzewie życia, ujawnia swoje zdolności. Przez naukę i pracę, osiąga wiele celów i zamierzeń, a gdy przychodzi jesień życia zmienia swój kolor przez zmartwienia, kłopoty i choroby. Później emerytura czy renta, lub jakże teraz częste zwolnienia z pracy, i jest jak ten liść spadły z drzewa. Trzeba wiele zrozumienia i życzliwości dla tych, co się czują odrzuceni, niepotrzebni – a przecież wiele jeszcze mogą zrobić dla swoich najbliższych i otoczenia. Tak w aspektach życia ludzkiego widzę zmiany w świecie roślin. Żyjemy na tej ziemi i jesteśmy włączeni w cykl zmian zachodzących w przyrodzie. W swoich kompozycjach pragnę pokazać jak piękny może być suchy liść, kwiat czy trawa w odpowiednim zestawieniu i odpowiednich warunkach. To tak jak ludzie starsi czy chorzy, często na emeryturach i rentach, tak my Amazonki chcemy żyć jeszcze pełnią życia, pomagać naszym bliskim i wspierać innych, którzy tego potrzebują.

Albina Róg

Spacer po zdrowie i dobrą kondycję



Dr Hanna Tchorzewska
kierownik Zakładu Rehabilitacji
Centrum Onkologii w
Warszawie

Drogie Amazonki, proponuję w tym artykule rozmowę na temat sprawności fizycznej. Według definicji, jest to zdolność wykonywania pracy fizycznej, mierzona cechami motoryczności – siłą, wytrzymałością, szybkością i zręcznością. Jest to pojęcie stosowane w teorii sportu i wychowania fizycznego, gdzie służy jako kryterium planowania określonych obciążeń treningowych, oceny przygotowania sportowego oraz do analizy skuteczności i prawidłowości wykonania zadań sportowych. Potocznie używa się tego terminu do określenia ogólnej sprawności fizycznej osoby.

Czy w przypadku kobiet, które przeszły chorobę nowotworową piersi, mają usunięte gruczoły i węzły chłonne można mówić o sile czy wytrzymałości?

Oczywiście, że tak!

Aby osiągnąć dobrą sprawność fizyczną należy regularnie i systematycznie ćwiczyć wybraną dyscyplinę, odpowiednio dobraną do wieku i stanu zdrowotnego.

Dla kobiet po mastektomii bardzo wskazane są ćwiczenia ogólnokondycyjne ze zwróceniem uwagi na kończynę górną po stronie operowanej. Ćwiczenia systematycznie wykonywane poprawiają ogólną wydolność organizmu i jego wytrzymałość. Jeżeli są to ćwiczenia zespołowe to również element współzawodnictwa i koleżeństwa odgrywa zasadniczą rolę. Jeśli nie lubisz konkurencji spróbuj zacząć od ćwiczeń indywidualnych, w warunkach domowych. Wszystkie ćwiczenia ogólnokondycyjne mogą być wykonywane indywidualnie, a po osiągnięciu pewnego zakresu możliwości, można kontynuować je zespołowo.

Podstawą poprawy sprawności fizycznej może być systematyczny spacer.

Udowodniono, że regularne spacerowanie, przynajmniej 4 razy w tygodniu po 30 minut, ma wpływ na poprawę sprawności ogólnej – zapobiega sztywnieniu i zarastaniu naczyń krwionośnych tętniczych, obniża poziom cholesterolu, pobudza krążenie. Przede wszystkim, systematycznie wykonywany marsz, nie przemęcza.

Aby odnieść jak najwięcej korzyści z tej formy aktywności, należy pamiętać o kilku zasadach:

- spacerowanie, następnie marsz rozpoczynać powoli, po ok. 10-minutowej rozgrzewce można przyspieszyć tempo;
- nie należy maszerować bezpośrednio po posiłkach, a zakończenie trasy spaceru na dobrej kawie czy herbacie będzie dodatkowym bodźcem do wykonania zadania;
- jak każdy inny trening, marsz powinien być wykonywany systematycznie, sporadyczny intensywny wysiłek może prowadzić do zmęczenia i zniechęcenia, a niejednokrotnie zaostrzenia dolegliwości krążeniowych;
- dobrze jest spacerować w towarzystwie, bo rozmowa i uśmiech pozwalają zapomnieć o wysiłku, jaki trzeba włożyć w utrzymanie własnej sprawności;
- bardzo korzystne dla utrzymania sprawności fizycznej jest pływanie, jeśli nie ma przeciwwskazań ze strony układu oddechowego lub dermatologicznych – systematyczne pływanie lub ćwiczenia w środowisku wodnym korzystnie wpływają na sprawność fizyczną.

Pamiętajcie, że aktywność i później uzyskana dzięki niej sprawność fizyczna przynosi dużo pożytku:

- zwiększa siły życiowe – regularne uprawianie jednej z dyscyplin (ćwiczenia, pływanie, marsz) poprawiają wydolność układu krążeniowo-naczyniowego i kondycję układu oddechowego, a co za tym idzie sprawiają, że organizm jest bardziej wydolny;
- odmładza – wysiłek fizyczny powoduje, że krew jest lepiej utlenowana, a co za tym idzie lepiej odżywia wszystkie tkanki organizmu;
- poprawia nastrój – systematycznie wykonywane ćwiczenia powodują wydzielanie endorfin, (hormony szczęścia), które w naturalny sposób chronią organizm przed stanami depresyjnymi;
- łagodzi napięcia – marsze i ćwiczenia rozluźniają napięte pod wpływem codziennych zajęć i stresu mięśnie;
- wyszczupla – regularny ruch chroni przed otyłością, która może utrudniać poruszanie się i obciążać ciało.

Zacznij ćwiczyć z nami. Oto pierwszy zestaw – ćwiczeń wzmacniających mięśnie nóg. Ćwiczenia potrzebne do rozpoczęcia regularnego marszu w terenie. Są one bardzo proste, ale wykonywane regularnie 3-4 razy w tygodniu po ok. 10 minut pozwalają na wzmocnienie i utrzymanie dobrej formy mięśni nóg, pośladków i stóp.



MARSZ NA PALCACH
Wzmacnia mięśnie łydek.
Maszeruj na przedniej części stopy – na palcach ok. 60 sek.



MARSZ NA PIĘTACH
Rozluźnia mięśnie podudzia.
Maszeruj na piętach ok. 60 sek, palce uniesione od podłoża.
Powtórz razy.



UNOSZENIE UGIĘTEJ NOGI W TYŁ Wzmacnia mięśnie ud i pośladków. Unieś lewą nogę zgiętą w kolanie do 90 st. (udo równoległe do podłoża). Następnie przenieś ugiętą nogę w tył, unosząc piętę do góry – napnij pośladki. Utrzymując nogę w powietrzu – przenieś lewą nogę do przodu. Wykonaj ćwiczenie 6-8 razy, na każdą nogę po 3 serie.



WYPADY
Wzmacniają całe nogi. Zrób lewą nogą krok do przodu. Obniż kolana nogi wykroczonej tak, aby udo i łydka tworzyły kąt 90 st. Przenieś ciężar ciała na nogę lewą (wykroczną), następnie wyprostuj się, dostawiając prawą stopę do lewej. Powtórzenie ćwiczenia – przeniesienie nogi prawej, wykonanie wypadu. Powtórz po 6-8 razy na każdą nogę, w 3 seriach.

Ćwiczenia obniżają poziom estrogenów i ryzyko raka piersi

Trzy godziny ćwiczeń fizycznych tygodniowo znacznie obniżają poziom żeńskich hormonów płciowych – estrogenów i przez to minimalizują ryzyko raka piersi u kobiet po menopauzie – piszą naukowcy z USA na łamach pisma „Cancer Research”.

Już wcześniejsze badania wskazywały, że ćwiczenia fizyczne mają wpływ na spadek ryzyka raka piersi u kobiet po 50. roku życia. Jednak mechanizm tej zależności nie był do końca jasny.

Zespół z Centrum Badań nad Rakiem Freda Hutchinsona w Seattle objął badaniami kobiety po menopauzie. Na początku badań wszystkie miały nadwagę lub były otyłe i prowadziły siedzący tryb życia. Okazało się, że po 3 miesiącach u kobiet, które regularnie ćwiczyły 5 dni w tygodniu (na bieżni, rowerku lub uprawiając jogging), poziom estrogenów w surowicy krwi

spadł wyraźnie w porównaniu z kobietami, które wykonywały tylko ćwiczenia rozciągające. Średni czas ćwiczeń w tygodniu wynosił nieco ponad trzy godziny.

„Nasze wyniki wskazują, że ćwiczenia mogą obniżać poziom krążących w krwiobiegu estrogenów i podnosić poziom białka globuliny, która wyłapuje wolny estrogen w surowicy i zmniejsza przez to jego dostępność w organizmie” – wyjaśnia prowadząca badania dr Anne McTiernan.

Według badaczki, w ten sposób ćwiczenia mogą wpływać na spadek ryzyka raka piersi u kobiet po menopauzie. W bardzo wielu przypadkach wzrost tego nowotworu jest bowiem stymulowany przez estrogeny.

McTiernan zaznacza, że w czasie badania kobiety nie stosowały żadnych restrykcji dietetycznych, a i tak poziom ich estrogenów spadł o ponad 16 proc. Zgodnie z wcześniejszymi badaniami, u kobiet na diecie niskokalorycznej poziom estrogenów spada nieco o ponad 6 proc. Co ważne, mimo obniżenia poziomu estrogenów, nie zaobserwowano spadku gęstości tkanki kostnej w porównaniu z wynikami z okresu sprzed doświadczenia. Onet.pl

Badanie genetyczne możesz wykonać nie wychodząc z domu



Materiał biologiczny do badania pobierany (może być samodzielnie w domu) jest jako wymaz z jamy ustnej przez pocieranie sterylną pałeczką wewnętrznej strony policzka. W takiej formie pobrany materiał może być bezpiecznie przechowywany i oddawany do Poradni Genetycznej Polskiego Komitetu Zwalczenia Raka, Warszawa, ul. Piwna 31/33 lub przesyłany do Instytutu Badań DNA, 02-532 Warszawa, ul. Rakowiecka 36 lok. 30a. Wynik zostanie dostarczony z zachowaniem wszelkich środków zapewniających tajemnicę lekarską. Wynik może być odebrany osobiście w Poradni Genetycznej lub dostarczony listownie pod wskazany adres. Do wyniku załączone będą dodatkowe informacje i zalecenia podpisane przez lekarza. Do bezpośredniego kontaktu, zaprasza

Elżbieta Kozik Prezes Klubu Kobiet po Mastektomii „Amazonki”

nowe możliwości w walce z rakiem

Co czwarta Polka, co czwarty Polak zachoruje na nowotwór. Część z tych osób, ma od urodzenia zmiany genetyczne, które predysponują do zachorowania na raka. Ryzyko zachorowania, wynikające z wrodzonych zmian genetycznych, jest różne dla wielu osób. Ponad 70% kobiet, u których stwierdzono charakterystyczne uszkodzenia (mutację) genów określonych jako BRCA1 i BRCA2, zachoruje na nowotwory złośliwe.

Zdiagnozowanie zmian genetycznych nie oznacza jeszcze stwierdzenia choroby nowotworowej, ale jest sygnałem, że dana osoba powinna rozpocząć odpowiednie działania profilaktyczne pod nadzorem lekarza. Czy warto wobec tego badać mutacje tych genów? Trzeba, bo można zmniejszyć ryzyko zachorowania, można wcześniej wykryć nowotwór jeśli już powstał, ale dodatkowo można również pomóc w uratowaniu życia bliskich: dzieci, rodziców czy rodzeństwa.

Co powinno motywować do wykonania testów genetycznych?

- gdy zachorowałaś na raka piersi;
- gdy wystąpiły nowotwory u bliskich krewnych, zwłaszcza rak piersi i jajnika;
- gdy w rodzinie (u krewnych) wystąpiło kilka różnych nowotworów;
- gdy podejmujesz decyzję o stosowaniu hormonów (np. o antykoncepcji);
- gdy podejmujesz decyzję o hormonalnym leczeniu zastępczym;
- gdy chcesz inwestować w swoje zdrowie.

Co można zrobić, gdy stwierdzona zostanie mutacja BRCA1 i/lub BRCA2?

- można zmniejszyć działanie innych czynników ryzyka zachorowania na nowotwory;
- należy z wielką konsekwencją poddawać się okresowym badaniom profilaktycznym, równocześnie informując lekarza o stwierdzeniu istnienia mutacji BRCA1 i/lub BRCA2.

Klub Kobiet po Mastektomii „Amazonki” jako grupa kobiet wysokiego ryzyka, Polski Komitet Zwalczenia Raka i Instytut Badań DNA podpisali trójstronne porozumienie o współpracy w dziedzinie badań genetycznych.

Test genetyczny Instytutu Badań DNA jest testem, umożliwiającym szeroką analizę mutacji nie tylko w genie BRCA1. Jest jedynym testem, który diagnozuje tak dużą (13) liczbę mutacji w obydwu genach. Dlatego też test ten zalecany jest przez Polski Komitet Zwalczenia Raka a pożądanym przez kobiety wysokiego ryzyka, do których należą Amazonki.

Treść niniejszego artykułu została opracowana w oparciu o Przewodnik dla lekarzy i pacjentów pt. „Ocena genetycznych predyspozycji do wystąpienia raka piersi i raka jajnika” autorstwa prof. dr hab. n. med. Zbigniewa Wronkowskiego i Instytut Badań DNA.

Dodatkowe informacje można uzyskać pod następującymi nr telefonów:

tel. (022) 606-39-67 w godz. 9-17 Instytut Badań DNA

tel. (022) 831-09-63 w godz. 9-13 Polski Komitet Zwalczenia Raka

tel. (022) 643-90-63 w godz. 10-13 Polski Komitet Zwalczenia Raka

tel. (022) 546-25-86 w godz. 9-14 Klub Kobiet po Mastektomii „Amazonki”

Receptor HER2

w raku piersi i chirurgii rekonstrukcyjnej

Rak jest chorobą budzącą lęk. W nowoczesnej, partnerskiej relacji między lekarzem i pacjentem dochodzi do przekształcenia lęku w postawę zadaniową – chęć czynnego, racjonalnego przeciwstawienia się chorobie. Zaufanie do lekarza opiera się przede wszystkim na przekonaniu o jego wierności i lojalności wobec pacjenta. To jest w medycynie niezmiennie.

Natomiast dla współczesnego pacjenta lekarz przestał być jedynym źródłem informacji. Dostęp do internetu, rozległe działania popularyzatorskie w mediach, możliwość kontaktowania się z organizacjami pacjentów i ich rodzinami – wszystko to zmienia oczekiwania pacjenta wobec lekarza, jeśli chodzi o poziom udzielonych mu informacji, a także o sposób ich przekazywania. Oczekiwania wykraczają daleko poza samą tylko diagnozę i zalecenia w kwestiach związanych z leczeniem. Taka zmiana relacji lekarz – pacjent, znacznie zwiększa poczucie wpływu pacjenta na własny los i sprawia, że staje się on rzeczywiście odpowiedzialnym podmiotem terapii.

Szczególnie dobrym przykładem zmian w dziedzinie postaw pacjentów są kobiety chore na raka piersi. Jako grupa, stanowią one intelektualną i organizacyjną awangardę. Reprezentują przekonanie, iż wiedza o chorobie jest podstawą wiedzy o leczeniu. Uważają, że pacjentka ma prawo wykorzystać swoją wiedzę i w oparciu o jasno przedstawione jej fakty, wspólnie z lekarzem podejmować decyzje, dotyczące sposobu postępowania.

Dobrym przykładem oczekiwań poznawczych tej grupy pacjentów jest wiedza o tzw. czynnikach rokowniczych – czynnikach, które mogą wskazywać na przebieg choroby. Jednym z nich jest obecność receptora HER2 (human epidermal growth factor 2 – ludzki nabłonkowy czynnik wzrostu 2).

Receptor HER2 to białko, znajdujące się na powierzchni komórek niektórych rodzajów guza, odpowiedzialne za jego gwałtowny wzrost. Z nieznanых przyczyn może dojść do wzrostu jego ilości na powierzchni komórek raka, co powoduje zwielokrotnienie tempa podziałów i niekontrolowanego, szybkiego wzrostu guza. Jego zwiększona ilość (zwana także nadekspresją receptora HER2) jest cechą charakterystyczną dla bardziej agresywnej postaci raka piersi. U około 1/5 chorych, komórki raka piersi wykazują nadekspresję HER2. U osób, u których guz wykazuje zwiększoną ilość białka HER2, przebieg choroby jest bardziej agresywny, dlatego też ich leczenie, powinno być odpowiednio dobrane do tego typu raka. Pacjentka ma prawo wiedzieć, że ten niekorzystny czynnik rokowniczy, może być zidentyfikowany w organizmie, i że w wielu przypadkach jest szansa na odpowiednie, skuteczne leczenie.

Dlatego, informacja o stanie receptora HER2, jest bardzo istotna i może być podstawą zastosowania nowoczesnych metod leczenia o potwierdzonej skuteczności. Dzięki takiej możliwości, wiele pacjentek skazanych dotychczas na dużo cięższy i gwałtowny przebieg choroby, może dłużej czuć się dobrze i żyć znacznie dłużej.

Z najnowszych doniesień naukowych wynika, że guzy, których komórki nowotworowe wykazują nadekspresję HER2, są bardziej wrażliwe na pewne stosowane dotychczas schematy leczenia chemicznego, a mniej na inne.

Dlatego, receptor HER2 powinien być oznaczany u każdej chorej z rozpoznaniem raka piersi, celem modyfikacji i doboru najbardziej skutecznego leczenia stosowanego jako tzw. leczenie uzupełniające (po zabiegu operacyjnym).

Diagnostyka receptora HER2 jest możliwa dzięki testom, wykrywającym jego obecność na powierzchni komórek raka z preparatu pobieranego podczas operacji chirurgicznej tzw. bloczka parafinowego, który jest archiwizowany dla każdej chorej przez wiele lat w ośrodku, gdzie był wykonany zabieg. Metoda ta (tzw. ImmunoHistoChemiczna – IHC) jest dość szybka, stosunkowo niedroga i może być wykonywana w każdym laboratorium z

pracownią immunohistochemiczną, bez ponoszenia dodatkowych kosztów, związanych z wyposażeniem pracowni (jedynie koszt odczynników i pracy personelu).

Inną metodą oznaczania stanu receptora HER2, jest badanie genu w jądrze przy użyciu FISH (tzw. Hybrydyzacji Fluorescencyjnej In Situ). Do tego typu oznaczenia niezbędny jest specjalistyczny sprzęt, dlatego wykonywane ono jest w dużych laboratoriach, w referencyjnych ośrodkach, a jego koszty są wyższe niż IHC. Metodę tę stosuje się zatem tylko w przypadkach budzących wątpliwości.

Istotnym powodem dla oznaczania stanu receptora HER2, jest możliwość zastosowania leków przeciwnowotworowych nowych generacji, tzw. przeciwciał monoklonalnych, w trakcie nawrotu choroby u chorych z silną nadekspresją HER2. Poprzez wiązanie się z receptorem blokują one jego działanie, hamując wzrost guza i pobudzają naturalne mechanizmy odpornościowe organizmu do walki z rakiem.

OŚRODKI PROWADZĄCE DIAGNOSTYKĘ RECEPTORA HER2 W POLSCE:

BIAŁYSTOK, ul. Ogrodowa 12
Zakład Patomorfologii Regionalny Ośrodek Onkologiczny

BYDGOSZCZ, ul. Romanowskiej 2
Zakład Patologii Nowotworów Regionalne Centrum Onkologii

GDAŃSK, ul. Dębinki 7
Zakład Patomorfologii AM

GDAŃSK, ul. Jana Pawła II 50
Zakład Patologii Szpital Specjalistyczny im. Św. Wojciecha

GDYNIA, ul. Powstania Styczniowego 1
Zakład Patomorfologii Szpital Morski im. PCK

GLIWICE, ul. Wybrzeże Armii Krajowej 15
Zakład Patologii Nowotworów Centrum Onkologii – Instytut

KIELCE, ul. Artwińskiego 3
Zakład Patologii Nowotworów Świętokrzyskie Centrum Onkologii

KRAKÓW, ul. Garncarska 11
Zakład Patologii Nowotworów Centrum Onkologii – Instytut

KRAKÓW, ul. Grzegórzecka 16
Katedra i Zakład Patomorfologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

LUBLIN, ul. Jaczewskiego 7
Zakład Patologii Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej

LUBLIN, ul. Jaczewskiego 8
Katedra i Zakład Patomorfologii AM

ŁÓDŹ, ul. Paderewskiego 4
Zakład Patologii Nowotworów Uniwersytet Medyczny w Łodzi

OLSZTYN, ul. Żołnierska 16A
Dział Patomorfologii Wojewódzki Szpital Specjalistyczny

POZNAŃ, ul. Łąkowa 1/2
Zakład Patologii Nowotworów AM

SZCZECIN, ul. Unii Lubelskiej 1
Zakład Patomorfologii Wydziału Lekarskiego AM

WARSZAWA, ul. Roentgena 5
Zakład Patologii Centrum Onkologii – Instytut

WARSZAWA, ul. Szaserów 128
Zakład Patomorfologii Klinicznej CSK Wojskowy Instytut Medyczny

WROCŁAW, ul. Hirszfelda 12
Zakład Patologii Dolnośląskie Centrum Onkologii

WROCŁAW, ul. Marcinkowskiego 1
Katedra i Zakład Anatomii Patologicznej AM

Mama poszła się leczyć



Rodzina wobec problemu raka piersi – cz. II

Coraz częściej na raka piersi chorują kobiety młode, mające kilku- lub kilkunastoletnie dzieci. W ich przypadku, lęk wywołany diagnozą, nieodłącznie pociąga za sobą kolejne obawy – o bezpieczeństwo i przyszłość dzieci.

Kobiety słusznie przewidują, że spokojny rytm codzienności zostanie zaburzony, że po operacji i w trakcie terapii mogą być zbyt osłabione i zmęczone, aby podołać domowym obowiązkom.

Na dnie serca czai się najgorsza obawa – czy dane im będzie odzyskać zdrowie i wychować swoje dzieci? Czy zdołam ochronić je przed cierpieniem i dać im oparcie, aby mogły spokojnie dorastać? Te bolesne pytania ściskają serce. Jednak macie-rzyńska miłość i troska nie wyczerpują się w lęku i obawach, stają się one źródłem ogromnej determinacji do walki z chorobą. Walki, w trakcie której nasze rodzicielstwo wystawione będzie na niejedną próbę dojrzałości, tolerancji, odwagi... Jednym z pierwszych problemów, jakie się pojawiają jest: czy i w jaki sposób powiedzieć dziecku o chorobie mamy, co zrobić, aby oszczędzić mu nadmiernego stresu?

Mówić czy nie mówić?

Powiedzenie dzieciom o chorobie zawsze jest dla rodziców trudnym zadaniem. Niektórzy rodzice, powodowani odruchem chronienia spokoju dziecka, postanawiają zataić przed nim prawdę i utrzymywać je z dala od spraw związanych z chorobą. Mają nadzieję, że uda im się ukryć swoje zdenerwowanie i zmartwienie. Czy jednak jest to możliwe?

Zmieniona twarz, ton głosu, nagłe wybuchy irytacji czy ciągły smutek mamy, nie umknie wrażliwej uwadze dziecka. Wszystkie dzieci a szczególnie maluchy, są „emocjonalnymi radarami” – choć nie znają przyczyny, jednak bezbłędnie odczytują treść uczuciową zachowań. Dzieci wyczuwają emocjonalną udrękę rodziców i reagują na nią silnym niepokojem. Zwłaszcza małe dzieci czują się wtedy zupełnie zagubione, osamotnione i głęboko nieszczęśliwe. Ich podstawową potrzebą psychiczną jest potrzeba bliskości, stałego i niezawodnego kontaktu, który daje im poczucie bezpieczeństwa i oparcie. Jeżeli je często bezwiednie odsuwamy, nie dajemy niezbędnych wyjaśnień na temat tego, co się dzieje, wyobraźnia dziecka wykreowuje obrazy często znacznie groźniejsze od rzeczywistości. Szczególnie podatne na takie lękowe wyobrażenia są dzieci w wieku 4-6 lat.

Czasem nie mówimy dziecku o chorobie, sądząc, że jest zbyt małe, aby to zrozumieć. Jednak ustalenia psychologii rozwojowej dowodzą, że dzieci w każdym wieku rozumieją więcej, niż potrafią powiedzieć. Umieją także dowiedzieć się i zrozumieć więcej, aniżeli mogą, bądź chcą powiedzieć rodzice. Próby utrzymania dziecka w niewiedzy, nie chronią go przed stresem. Wyłączenie dziecka z rodzinnego obiegu informacji, uniemożliwia dorosłym udzielenie mu koniecznego wsparcia i nie daje szansy na rozładowanie napięcia, jakiego dziecko doświadcza.

Jak rozmawiać z dzieckiem?

Podstawowym i niezbędnym elementem skutecznego wspierania dziecka i zapobiegania nadmiernemu stresowi jest szczerza rozmowa. Powinna ona spełniać dwa warunki: zawierać niezbędne wyjaśnienia i stanowić ochronę dla emocjonalnych potrzeb dziecka, głównie – dla potrzeby bezpieczeństwa. Fakt zachorowania i istotę choroby, należy wyjaśnić stosownie do możliwości poznawczych dziecka. Małemu dziecku zawsze wystarcza informacja, że: „mama jest chora i pójdzie się leczyć do dobrego pana/pani doktora. Wtedy będzie się tobą opiekował tatuś (babcia, ciocia), a mama będzie cały czas o tobie myśleć”. W rozmowie z

dzieckiem starszym, a na pewno z nastolatkiem, trzeba być przygotowanym na docieklive pytania i umieć użyć racjonalnych, czasem nawet naukowych argumentów dla podbudowania jego zaufania w skuteczność leczenia: „Mama ma guzek w piersi, który trzeba usunąć. Na kilka dni pójdzie do szpitala. Będziemy mogli ją odwiedzać, rozmawiać z nią i dowiadywać się, jak się czuje. Będziemy jej też mówić, co u nas w domu, w szkole. Dlatego trzeba, abyśmy wspólnie ustalili, jak podzielimy domowe obowiązki, żeby w domu wszystko było jak należy, żeby mama mogła być z nas dumna, kiedy wróci ze szpitala. Mama bardzo potrzebuje naszej miłości, a my – jej, dlatego wspólnie będziemy sobie pomagać”. „Wiem, że może wam być smutno, możecie się martwić czy bać – to rozumiecie. Takie uczucia są naturalne – możemy o tym rozmawiać i podtrzymywać się na duchu. Może też być tak, że ja będę zabiegany, roztargniony, zły czy smutny – jakkolwiek będzie, pamiętajcie zawsze, że bardzo was kocham, tak samo jak mama”.

Aby zapobiec nadmiernym kosztom emocjonalnym ponoszonym przez dziecko na skutek nieobecności mamy w domu, jej złego samopoczucia w trakcie leczenia, należy ze szczególną troskliwością zadbać o to, aby miało ono emocjonalne oparcie i stałą opiekę ze strony ojca bądź innej dorosłej osoby, do której ma zaufanie. Każde dziecko – a w szczególności małe do 6-7 roku życia, należy przygotować do każdorazowej nieobecności mamy, upewniając je też o miłości mamy i radości na myśl o jej powrocie do domu. Jest to ważne, ponieważ dzieci mają skłonność do obwiniania się i brania do-mniemanej odpowiedzialności za chorobę matki. Niejednokrotnie bowiem zdarza nam się w chwilach zdenerwowania powiedzieć: „Przestań, daj mi spokój, bo się przez siebie rozchoruję”. Pamiętajmy również, że rozmowa oznacza obustronną wymianę myśli i uczuć. Aby była dla dziecka wspierającą, a nawet terapeutyczną, trzeba pozwolić dziecku na zadawanie pytań, traktować je poważnie i odpowiadać zgodnie z prawdą. Bardzo ważne jest, aby mogło ono również powiedzieć o swoich uczuciach, błędach, o myślach, które je niepokoją. Nasza rodzicielska wrażliwość podpowie nam, kiedy trzeba pozwolić mu się bezpiecznie wypłakać (bez zawstyżenia, że jest beksą) w ramionach mamy czy taty.

Co przeżywają dzieci, gdy mama choruje?

Wszystkie dzieci doświadczają smutku i tęsknoty z powodu niedostatku opieki rodzicielskiej, obaw o zdrowie i życie chorej matki, a także – o własne zdrowie. Mogą czuć się opuszczone, a nawet odrzucone, co wzbudza ich głęboki żal, ale też nierzadko urazę i gniew.

Dotyczy to w większym stopniu tych dzieci, które są często odprawiane i wyłączane z rodzinnych rozmów, dotyczących spraw choroby i leczenia. Dlatego, zamiast strofować dziecko słowami: „Daj mi spokój”, „Zajmij się sobą, nie przeszkadzaj!”, „To ciebie nie dotyczy, idź do siebie!”, powiedzmy: „Wiesz, jestem trochę zmęczona, chciałabym odpocząć w spokoju, więc proszę, abys się teraz sam pobawił. Kiedy odpocznę opowiesz mi co robiłeś, dobrze?”

W czasie trudnym dla całej rodziny, jakim jest choroba i leczenie mamy, mogą się też pojawić lub nasilić u dziecka zachowania, wobec których szczególnie trudno jest rodzicom przyjąć właściwą postawę. Są to różne formy zachowań zwanych agresywnymi – przekora, dąsy, odmowa wykonania poleceń, wybuchy złości, kłótniowość, itd. Jeśli takie zachowania nie należą do „domowego stylu życia” (tzn. dorośli nie stanowią wzoru takiego zachowania dla dzieci), to zgodnie z teorią psychologiczną, należy je rozumieć jako wyraz niezaspokojenia ważnych potrzeb dziecka. Potrzeby te są różne – zależnie od okresu rozwoju, w jakim dziecko aktualnie się znajduje. U dzieci młodszych odczuwanie złości, jest najczęściej odpowiedzią na frustrację potrzeby bezpieczeństwa tj. bliskości, dostępności rodziców, stabilności otoczenia, kontaktu i opieki. Nastolatki z kolei, to jak wiemy kłębowski sprzeczności – nadal potrzebują bezpieczeństwa, ale jednocześnie mają silnie narastającą (już od 12 roku życia) potrzebę prywatności, walczą o swoją autonomię, krytykują świat dorosłych, ogromnie liczy się też dla nich przebywanie w grupie rówieśników i ich akceptacja. Poziom ich rozwoju intelektualnego i moralnego pozwala im na rozumienie i głębokie przeżywanie choroby matki, ale nie potrafią bądź wstydzą się to ujawnić lub wyrazić wprost. Zamiast tego „zapadają się w siebie”, stają się

ponure mrukliwe bądź opryskliwe – w ten sposób przejawia się ich zmartwienie! Jednocześnie może ich złościć to, że mają teraz więcej obowiązków, a mniej swobody i czasu dla siebie i kontaktów z rówieśnikami. Choć może to być trudne dla rodziców, a szczególnie dla zmagającej się z chorobą i słabością matki – postarajmy się nie obwiniać swoich dzieci za ich uczucia, ale – zrozumieć je. Nie znaczy to, że mamy je zwalniać z obowiązków bądź tolerować niegrzeczne zachowanie. Zamiast krytykować, wytykać wady, krzyczyć – traktujmy je poważnie, dyskutujmy z nimi, ustalmy rozsądnie wymagania i oczekujemy odpowiedzialności, która nieodłącznie wiąże się z dorastaniem i dorosłością. Okazujmy im zaufanie i sami bądźmy godni ich zaufania. Ujawniona i wyrażona (w rozsądnych granicach) złość jest w zasadzie zdrową i niegroźną reakcją. Natomiast długotrwałe jej tłumienie, podobnie jak tłumienie lęku bądź innych obciążających emocji, może mieć negatywne następstwa w postaci zaburzeń zdrowotnych lub zaburzeń zachowania. Nie wyrażony, nie znajdujący zrozumienia i pomocy ze strony dorosłych stres dziecka, może przejawiać się w postaci takich symptomów jak :

- brak apetytu, mdłości, wymioty, bóle brzucha;
- zaburzenia snu i koszmary senne;
- nocne moczenie się;
- bóle głowy, niezdolność koncentracji;
- nadaktywność lub wycofywanie się (ospałość, zahamowanie);
- płaczliwość;
- nasilenie astmy, alergii;
- pogorszenie w nauce, wagarowanie;
- agresywne lub destrukcyjne zachowanie.

Obserwacje psychologów wykazują, że im mniejsze dziecko, tym trudniejsze może być spełnienie warunków zapewniających mu emocjonalną równowagę. Na 4-6 rok życia przypada największe nasilenie reakcji lękowych. Znane są przypadki małych dzieci, które próbowały opiekować się chorym rodzicem.

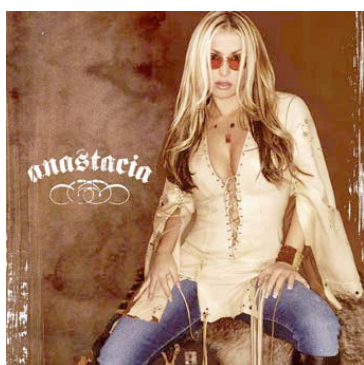
Takie zjawisko „odwrotienia ról” spotyka się nierzadko u nastoletnich dziewcząt, które próbują zastąpić mamę w domu, przyjmując na siebie obowiązki domowe i opiekę nad młodszym rodzeństwem. Jednak zadania te znacznie przekraczają możliwości rozwoju dziecka. Dzieje się to ze szkodą dla jego istotnych potrzeb, dlatego w miarę możliwości nie należy dopuszczać do takich sytuacji.

Reagowanie dziecka na chorobę mamy zależy w znacznym stopniu od zachowania i dojrzałości emocjonalnej rodziców. Zarówno odsuwanie i wyłączenie dziecka z ważnych spraw rodzinnych, jak i przeciążanie go nadmiernymi obowiązkami i oczekiwaniami, bądź na odwrót – pobłażanie, brak rozsądnych i dających oparcie granic dla zachowań dziecka lub nadopiekuńczość – to postawy rodzicielskie niekorzystne i owocujące nadmiernym stresem zarówno dzieci, jak i rodziców.

Jeśli natomiast umiemy wczuć się w sytuację dziecka i umiejętnie je wspierać – choroba może nieoczekiwanie wnieść wiele dobrego w relacje rodzinne. Może nauczyć dziecko współodczuwania i troski o mamę – odkrywa ono, że mama również ma potrzeby, i należy je szanować i respektować. Może również stworzyć warunki do kontaktów daleko przekraczających nietypowe sprawy i czynności. Widząc pomocną i pełną ciepła postawę i opiekę, jaką otacza matkę ojciec, dziecko umacnia miłość i szacunek dla obojga rodziców.

mgr Teresa Wysocka-Bobryk
psycholog z Centrum Onkologii w Warszawie

Ciekawostki



Nowa płyta Anastacii

W 2000 roku ukazała się debiutancka płyta Anastacii, która szturmem zdobyła europejski rynek i dała wokalistce stałą pozycję wśród muzycznych elit. Kolejny, wydany w 2002 roku album potwierdził ten wciąż rosnący fenomen. Bardzo szybko stała się znana jako „niewielka osóbką o potężnych głosie”. Była głośna, twarda, zuchwała i szczerą do bólu, ale w głębi serca stojąca mocno na ziemi, pełna pasji i prawdziwa. Mało kto wie, że w tym czasie artystka walczyła z chorobą nowotworową. W styczniu 2003 roku wykryto u niej raka piersi.

Piosenkarka przeszła operację, jej stan jest teraz dobry.

Właśnie ukazał się trzeci album artystki, zatytułowany po prostu „Anastacia” wypełniony muzyką srock; określenie to wymyśliła sama piosenkarka, a jest ono zbitką pochodzącą od słów soul, pop, rock



Dobry sen pomocy w walce z chorobą

Dr David Spiegel z Uniwersytetu Stanforda w USA uważa, że: „Czynniki psychiczne silnie wpływają na nasze zachowania, w tym m.in. na rodzaj preferowanych pokarmów i napojów, czy podejmowanie ćwiczeń oraz na jakość snu. Jakość snu może z kolei wpływać na zmiany poziomu hormonów w organizmie”.

Jego zdaniem, dobowe zmiany poziomu hormonów, w tym hormonu stresu o nazwie kortyzol oraz hormonu regulującego zegar biologiczny człowieka – melatoniny, wywierają duży wpływ na wzrost komórek nowotworowych.

Kortyzol jest jednym z hormonów regulujących pracę układu odporności, w tym aktywność komórek nazywanych „naturalnymi zabójcami”, które stanowią pierwszą linię zwalczania nowotworu. Melatonina, oprócz tego, że reguluje zegar biologiczny, jest tzw.

przeciwutleniaczem, czyli neutralizuje wolne rodniki – szkodliwe cząsteczki, które mogą uszkadzać wiele cennych składników komórki, w tym DNA. Melatonina jest produkowana w nocy w czasie snu, jednak gdy cykl sen-czuwanie ulega zaburzeniu, powstaje jej mniej, a DNA komórek jest bardziej narażone na powstawanie zmian (tzw. mutacji) sprzyjających rozwojowi raka. Ponadto, melatonina spowalnia w jajnikach produkcję estrogenów, które są znanym czynnikiem sprzyjającym podziałom komórek raka piersi i raka jajnika.

Wyniki jednego z badań, jakie przeprowadził zespół Spiegela wskazują, że osoby z dużym ryzykiem rozwoju raka piersi mają przesunięte w czasie dobowe zmiany poziomu kortyzolu. „Można spekulować, że osoby, które źle śpią i mają przesunięty dobowy cykl hormonalny, mogą być bardziej podatne na rozwój nowotworu” – tłumaczy Spiegel.

Co więcej, kobiety chore na raka piersi z zaburzonym rytmem dobowych zmian poziomu tego hormonu (tj. z podwyższonym poziomem pod wieczór, zamiast rano) żyły krócej niż pacjentki z prawidłowym cyklem tych zmian. Rezultaty innych prac zdają się popierać teorię Spiegela. Okazuje się na przykład, że kobiety pracujące na nocne zmiany i produkujące przez to mniej melatoniny, częściej chorują na raka piersi, niż kobiety pracujące w ciągu dnia.

Onet.pl

Witaminy na raka

Okazuje się, że kwas foliowy i witamina B6 zmniejszają ryzyko rozwoju raka piersi u kobiet. W „Journal of the National Cancer Institute” przedstawiono wyniki badań 1424 pięgniarek (połowa z rozpoznany rakiem piersi). Prawdopodobieństwo zachorowania na raka piersi było mniejsze, jeżeli w osoczu wzrastało stężenie kwasu foliowego (witaminy M). Podobne działanie wywierała witamina B6. Nie wszystkie witaminy działają jednak tak korzystnie. Na przykład podwyższone stężenie witaminy B12 zwiększało ryzyko zachorowania u kobiet przed menopauzą.

EUREKALERT, WOM

Historia biustonosza

Od sznurowanego gorsetu do seksownej, wygodnej bielizny

Biustonosz – dziś niezbędna część damskiej garderoby, uważany za symbol kobiecości przechodził na przestrzeni dziejów ciekawą ewolucję.

Pierwsze informacje o okryciu kobiecych piersi pochodzą sprzed czterech tysięcy lat przed naszą erą. Z tych czasów datuje się gliniana figurka bogini z greckich Myken z piersiami mocno owiniętymi pasami tkaniny .

Gorset

W końcu epoki średniowiecza pojawił się gorset, noszony przez cztery stulecia. Był on rodzajem pancerza – do jego wykonania używano stali. Noszono go bezpośrednio na bieliźnie.

Był ciasny, ale za to podkreślał to, co uważano za atrybuty kobiecości – talię, biodra i biust. Nic więc dziwnego, że kobiety z pełnym poświęceniem, czasem nawet tracąc dech, wbijały się w niewygodne gorsety.

Narodziny biustonosza

XIX-wieczne konstrukcje z drutu i jedwabiu



Pod koniec dziewiętnastego wieku pojawiły się staniki z drutu i jedwabiu, będące prototypami współczesnego biustonosza. Pierwsza taka konstrukcja „ulepszająca biust”, przypominająca bardziej dwa sitka do herbaty niż biustonosz, powstała w Anglii w 1866 roku. Ten wynalazek opatentowano po roku i wkrótce rozpoczęto jego produkcję w Stanach Zjednoczonych, gdzie można go było kupić za 75 centów w firmie sprzedaży wysyłkowej Stokes Thomson & Co. z Filadelfii.



W 1891 roku patent cesarski na „podtrzymującą piersi bieliznę” otrzymał austriacki przemysłowiec Hugo Schindler, a w osiem lat później ulepszoną wersję biustonosza opatentowała kobieta panna Christine Hardt z Drezna. Jej „damski strój podtrzymujący biust” był po kobiecemu praktyczny i higieniczny – miał ramiączka nie przyszywane na stałe, ale zapinane na guziczki, co ułatwiało pranie.

Pożegnanie z gorsetem

Na początku XX w. biustonosze stały się nareszcie miękkie i wygodne, bo całkowicie pozbawione usztywnień. Ten postęp w dziedzinie budowy biustonosza dokonał się w 1912 roku, za sprawą fabrykanta ze Stuttgartu Sigmunda Lindauera. Według anegdoty pomysł jego wynalazku powstał w czasie podróży poślubnej pań-stwa Lindauer, i był zwycięstwem zniecierpliwionego pana młodego nad pokonywaniem pętelek i haftek w bieliźnie panny młodej.

Lata po pierwszej wojnie światowej przyniosły wyzwolenie kobiety z gorsetu. W dokonującej się w tym czasie rewolucji w modzie miała duży udział Coco Chanel, która całkowicie zmieniła damską sylwetkę.

Tymczasem w Ameryce sławę zdobyła Mary Anne Phelps-Jacobs, która wymyśliła niezwykle prosty i wygodny staniczek z dwóch związanych ze sobą jedwabnych chusteczek i dołączonych do nich tasiemek. W 1914 roku jej wynalazek uzyskał patent, do którego prawa nabyła amerykańska firma specjalizująca się wówczas w bieliznie, a dziś znana z produkcji filmowej Warner Brothers.

W okresie międzywojennym biustonosz, noszony wcześniej głównie do gry w tenisa i pływania, stał się w pełni zaakceptowaną częścią damskiej bielizny, czego dowodem jest wprowadzenie w 1930 roku standaryzacji rozmiarów biustonosza.



Kariera „bardotki”

W latach pięćdziesiątych biustonosze stawały się coraz śmielsze

i odstawiające biust. W tym okresie powstał mocno wycięty, usztywniony fiszbinami biustonosz nazwany „bardotką” na cześć święcącej wówczas triumfy, zwłaszcza wśród męskiej części publiczności, francuskiej gwiazdy Brigitte Bardot. Wsławiła się ona między innymi tym, iż na ekranie pojawiała się w seksownym staniczku. Biustonosz w jej stylu stał się przedmiotem pożądania prawie każdej kobiety w latach sześćdziesiątych.

Biustonosz na stos

Pod koniec lat sześćdziesiątych zeszłego wieku, w okresie rewolucji seksualnej, biustonosz popadł w niełaskę: z atrybutu seksu stał się symbolem zniewolenia kobiety. Tak przynajmniej traktowały go feministki, które podczas swoich manifestacji w 1968 roku publicznie paliły na stosach staniki.



Współczesny biustonosz czyli „nie czuję nic więcej, poza samą naturą”

Funkcjonalność biustonosza szybko wzięła górę nad rewolucyjnymi gestami, tym bardziej że nowoczesne staniki, takie jak stworzony w 1999 roku pod hasłem „nie czuję nic więcej, poza samą naturą” biustonosz Ultimo z Wielkiej Brytanii, dawały coraz więcej swobody i wygody.

Dziś stanik jest znowu ważną częścią damskiej garderoby, którą chętnie zajmują się gwiazdy kina i estrady, jak na przykład Madonna, która wprowadziła słynny stanik Push-up.

Przemysł gorseciarski naszych czasów wychodzi naprzeciw oczekiwaniom kobiety XXI wieku – aktywnej, ceniącej sobie wygodę, ale także poszukującej rzeczy pięknych i wyrafinowanych. Współczesne staniki z nowoczesnych, syntetycznych tkanin z domieszką bawełny, a także te tradycyjne, szyte z jedwabiu i koronki, zaspokajają potrzeby kobiety. Pomagają jej być piękną i seksowną, utrzymać prawidłową sylwetkę, a przy tym poruszać się ze swobodą, zgodnie z naturą własnego ciała.

Pytania i odpowiedzi

Czy protezy piersi mają gwarancję i na jak długo?

Wszystkie protezy piersi Amoena mają dwuletnią gwarancję. To dokładnie taki sam okres, po którym przysługuje kolejna refundacja. Wraz z protezą otrzymujecie pisemną gwarancję, którą należy przechowywać przez czas jej trwania. Dokument gwaracji jest niezbędny w przypadku stwierdzenia jakiegokolwiek uszkodzenia lub wady fabrycznej, które zdarzają się niezwykle rzadko, gdyż protezy Amoena przechodzą przez cykl rygorystycznej kontroli jakości.

Protezę należy pielęgnować jak własne ciało – codziennie myć mydłem i wycierać miękkim ręcznikiem. Mogą ją uszkodzić nie tylko ostre przedmioty, ale i moment nieuważnego obchodzenia się z protezą. Dotknięcie do gorącego garnka, upadek protezy na twardą posadzkę, a nawet wypranie w pralce.

Po takim wydarzeniu może powstać w folii otaczającej protezę mikroskopijna dziurka, niewidoczna gołym okiem, która dopiero po kilku dniach zamienia się w wyraźne pęknięcie. Te dwa wydarzenia często nie są ze sobą kojarzone przez kobiety noszące protezy. Takiego uszkodzenia nie można w żaden sposób naprawić, a proteza uszkodzona w wyniku działania czynników zewnętrznych nie podlega wymianie.

Prosimy, obchodźcie się ostrożnie ze swoimi protezami.

Psycholog odpowiada

Drogie Czytelniczki.

Bardzo dziękujemy za nadesłane listy. Zdajemy sobie sprawę, że w wielu przypadkach ich autorkom trudno było opisywać swoje przeżycia. Są to niewątpliwie przeżycia trudne. Tym bardziej jest to dla nas cenna korespondencja. Niespodziewane pojawienie się choroby, bezsilność wobec niej, trudności w uzyskaniu pomocy ze strony służby zdrowia, niezrozumienie wśród rodziny, najbliższych, trudności finansowe. Chwilami można odnieść wrażenie, że jest to sytuacja bez wyjścia. Jednak nie!

Ty i Twój czas

Musisz zacząć od siebie, zatrzymać się na chwilę, odważyć się spojrzeć na siebie, swoją sytuację i zastanowić. Żyjesz i albo możesz zrobić wszystko, aby to życie było dla Ciebie coraz lepsze, albo tkwić we własnym bólu i lęku bez końca. Czas potrafi leczyć rany, o ile się go nie zmarnuje. Lęk, który blokuje każde Twoje działanie związany jest z niewiedzą, z nową rzeczywistością choroby. Im mniej wiemy o niej i o sobie, tym gorzej. Ważny jest każdy dzień. Jest on wyzwaniem, szansą na poznanie siebie, a co za tym idzie – szansą na pomniejszenie lęku. Nie ma uniwersalnej recepty na to, jak radzić sobie z tym wyzwaniem. Bogactwo naszej osobowości, różnorodność potencjałów, jakie w sobie nosimy sprawia, że każdy indywidualnie dobiera sposób radzenia sobie z chorobą. Być może pomoże Ci w tym pisanie pamiętnika, rozmowa z psychologiem, przyjacielem, lekarzem. Jeśli nawet potrzebujesz odsunąć się na moment od świata i ludzi – zrób to. Nie zapomnij tylko powiedzieć innym o tym, że potrzebujesz tego czasu. Zrozumieją.

Najbliżsi

Oni również odczuwają lęk. Podobnie jak Ty stają przed nową, inną rzeczywistością. Życzliwa rozmowa może pomóc Tobie i Twoim bliskim. Najlepiej wspólnie zmierzyć się z lękiem – przyczyną nieporozumień, błędnego rozumienia relacji. Zamiast domniemywać, co myślą inni – zapytaj. Zamiast milczeć – opowiedz o swoich uczuciach. Zamień strach w motor działania. Zawsze jednak rób to na swój sposób, i w swoim tempie. Nie bój się prosić o wsparcie. Dobrze jest przełamać początkowy strach przed odrzuceniem. Pamiętaj, że inni często czekają na Twój sygnał – gotowość do przyjęcia pomocy.

Blizniacze dusze

Czasami najlepiej zrozumie Ciebie i Twoje problemy osoba znajdująca się w podobnej sytuacji. Pomoże Ci uświadomić sobie, że nie jesteś sama ze swoimi problemami. Sprawdź czy w Twojej okolicy nie działa stowarzyszenie Amazonek. Pamiętaj tylko proszę, że nawet jeśli będziesz się tam świetnie czuła, to Twoje życie prywatne powinno z czasem płynąć niezależnie, własnym torem.

Powodzenia!
mgr Lidia Zabłocka-Żytko

Dlaczego „Amoena Life” ukazuje się tak rzadko?

To pytanie, które tak często nam zadajecie – w listach, telefonach, e-mailach. Jest to dla nas zarazem informacja o tym, że jesteśmy Wam potrzebni.

Wydawanie pisma, to bardzo ważny i przynoszący wiele satysfakcji, odcinek naszej pracy. Staramy się, aby docierało ono do Was raz w roku choć, dotąd nie zawsze nam się to udawało.

Amoena jest obecna prawie we wszystkich krajach świata, ale pismo takie jak nasze, ukazuje się jedynie w dziewięciu z nich. Przygotowanie „Amoena Life”, wymaga obok znacznych nakładów finansowych, również dużego zaangażowania organizacyjnego. Jak wiecie, nie jesteśmy przecież profesjonalną redakcją – tworzymy pismo z potrzeby kontaktu z Wami, a „Amoena Life” jest wydawnictwem bezpłatnym, co pochłania znaczącą część naszego budżetu.

Z tych właśnie powodów, nie jesteśmy w stanie wydawać go częściej.